Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
(Direktor: Geheimrat Professor Dr. Küstner.)

Über Gangrän und Ausstoßung der Scheide bei Diphtherie.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Paula Kühn,
Breslau.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.

In der Literatur gibt es bisher keinen Fall von Scheidengangrän bei bakteriologisch nachgewiesenen Diphtheriebazillen und andererseits keinen Fall von sicherer Diphtherie, die zu Scheidengangrän geführt hätte. Die bisher bekannten Gangränfälle imponierten entweder als selbständiges Krankheitsbild, nach Marconnet benannt „Paravaginitis phlegmonosa dissecans“, möglicherweise hervorgerufen durch für spezifisch gehaltene Erreger, oder die Gangrän trat auf als Begleiterscheinung bekannter Infektionskrankheiten: Typhus, Pneumonic, katarrhalische Bronchitis, Lues, oder beruhte auf Verätzung der Scheide mit Chemikalien: Liquor ferri sesquichlor., Karbolsäure. Die Aetiologie für die Scheidengangrän ist demnach nicht einheitlich. Nach einigen Autoren ist das primäre eine Phlegmone im paravaginalen Gewebe. Folge davon ist Ernährungsstörung der Scheide durch Thrombosierung der zuführenden Gefäße, Nekrose und Abstoßung der Scheide nach Art eines Sequesters. Die häufige Kombination der Gängrän mit bekannten Infektionskrankheiten legt einen kausalen Zusammenhang nahe. Entweder spielt auch hierbei das Verhalten der Gefäße die Hauptrolle: Embolien infolge Darniederliegens der Herzkraft, oder der Prozeß nimmt von der Schleimhaut seinen Ausgang: nach Veit, Macerierung des Epithels durch Darminhalt bei somnolenten Kranken, nach Busse Ansiedlung der die Allgemeinkrankheit erregenden Bakterien oder Ausscheidung ihrer Toxine auf der Scheidenschleimhaut, oder direkte Verätzung mit Chemikalien.

In der Breslauer Universitäts-Frauenklinik erkrankte eine 24jährige Patientin, die seit ca. 3 Monaten an Adnexitis duplex litt und seit 14 Tagen behandelt wurde, unter hohem Temperaturanstieg an Rachendiphtherie, Di-Abstrich +, 3000 I. E. Di-Serum. Tags darauf weiße Beläge am Introitus vaginae, die hochrot umrandet sind und bluten, ein Tag später Ausbreitung der Membranen über die ganze Scheide. Di-Abstrich negativ. Verlauf: Fieber, starkes Vulvaödem, Belag im Hals verschwindet, besteht in der Scheide weiter, jauchige Absonderung, starke Blutung aus dem Mastdarm, Perforation ins Rectum, am 10. Tag wird unter Pressen ohne Blutung der ganze Scheidensack ausgestoßen. Hohe Continua, frequenter Puls. An Stelle der Vagina großer Defekt, durch den Stuhl und Urin sich entleeren. Unter zunehmender Herzschwäche Exitus. — Sektion werweigert. Untersuchung beschränkt sich auf das ausgestoßene Stück: Hohlzylinder von 12 cm Länge, 13 cm Umfang, 1 cm Dicke. Der Wanddurchschnitt zeigt makroskopisch deutlich Mucosa mit blutreicher Submucosa und gut entwickelte Muscularis. Mikroskopisch liegt eine feste Gewebsstruktur nicht mehr vor. Bakteriologischer Befund (Dr. Heinz Küstner): an der Schleimhautseite des Schnittes zahlreiche Staphylo- und Streptokokken, in den tiefen Schichten den Diphtheriebazillen sehr ähnliche Stäbchen (Gramfärbung, Lagerung, Form).

Daher erscheint die Annahme gleicher Aetiologie für die Hals- wie für die Vaginalerkrankung berechtigt. Daß die Züchtung im Vaginalabstrich nicht gelang, erklärt sich durch die typische Sekundärinfektion mit Kokken, bei der nach Kolle-Wassermann gewöhnlich ein Überwuchern der Diphtheriebazillen stattfindet.

Auffallend ist

1. die seltene Lokalisation der Diphtherie an den Genitalien,
2. das Tiefgreifen des Prozesses.

Für beide Momente ist bedeutungsvoll das Voraufgehen der schweren Genitalerkrankung. Durch Ausfluß

und Blutungen war das Scheidenepithel zum Locus minoris resistentiae geworden und begünstigte die Ansiedelung der Di-Bazillen. Diese führten entweder zu besonders schweren Ulcerationen infolge Schädigung auch der tieferen Gewebsschichten (Exsudationen im Parametrium) oder aber die Di-Bazillen waren nur die „Schrittmacher“, und die tiefe Nekrose fällt einer späteren Mischinfektion zur Last.

Das Vorkommen echter Diphtherie an den Genitalien wies zuerst Bumm bei einer Wöchnerin nach. Seitdem sind puerperale Fälle mehrfach beobachtet worden. Beim Partus ist infolge größerer oder kleinerer Verletzungen die Möglichkeit des Manifestwerdens der Diphtherie leicht gegeben. Nächstdem sind die zarten Epithelien der kindlichen Vagina am wenigsten widerstandsfähig gegen die Infektion. Die Literatur bestätigt also die Bedeutung der vorangegangenen Genitalerkrankung für Entstehung und Verlauf der Diphtherie in unserem Falle.